

frecventă a fost insuficiența secundară (66%), comparativ cu insuficiența primară (33%). Placenta *aderens* s-a confirmat în 4 (0,48%) cazuri. Retenții de țesut placentar au avut loc în 41 (5,11%) cazuri, care au fost urmate de raclaj al cavității uterine în perioada a treia de naștere. Hemoragii hipotonice s-au constatat în 7 (0,87%) cazuri și, 2 (0,24%) cazuri s-au finalizat cu histerectomie din motive de hemoragii marcante (mai mult de 1,5 litri de sânge) și care se prelungeau.

Menționăm, că din numărul total de nou-născuți supramaturați (111) au avut nevoie de îngrijire și tratament în secția de terapie intensivă și reanimare 11 (9,9%), depășind cu mult procentul nou-născuților la termen, trecuți prin terapie intensivă – 54 (1,73%) cazuri. Transferați la etapa a doua de îngrijire a nou-născuților în secția de neurologie – 7 (6,0%) din nou-născuții supramaturați, nediferențiindu-se de media nou-născuților la termen, transferați la etapa a doua - 186 (5,97%) cazuri. Decese perinatale în structura nașterilor supramaturate nu s-au semnalat, ceea ce denotă un management corect al nașterilor în sarcinile prelungite/supramaturate în IMSP SCM nr.1, secț. obstetricală Nr. 3

Concluzii și recomandări

1. Studiul a demonstrat o incidență a nașterilor supramaturate de 3,56% din numărul total de nașteri sau de 13,85% cazuri din toate sarcinile prelungite/supramaturate.

2. Conform studiului conchidem că sunt supramaturate nașterile la 42 și mai mult de 42 de săptămâni de gestație.

3. Incidența operației cezariene în nașterile supramaturate – 31%, depășește cu mult incidența acelei intervenții în nașterile la termen – 11,85%.

4. Nou-născuții cu semne de supramaturare frecvent au nevoie de îngrijire postnatală în condiții de staționar (în terapia intensivă - 9,9% cazuri, la etapa a doua de îngrijire în neurologie – 6,0% cazuri).

5. Pentru mamele cu sarcina supramaturată frecvent s-a complicat nașterea cu hemoragie masivă, urmată de histerectomie (2 histerectomii la 111 cazuri).

6. În baza studiului, care denotă supramaturarea la sarcina de 42 și mai mult de 42 de săptămâni, recomandăm internarea pre-partum în secția de patologie a sarcinii gravidele cu termenul sarcinii 41 de săptămâni.

Bibliografie

1. Gh.Paladi, Olga Cernetchi și coaut. "Obstetrica Patologică", CEP Medicina, 2007.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Новиков Б.Н., Зайнулина М.С., Палинка Г.К., Тарасова М.А. *Акушерство: учебник для медицинских вузов*, 2010.
3. Eden, Elizabeth (16 November 2006). "A Guide to Pregnancy Complications". HowStuffWorks.com. Retrieved 2008-11-13.
4. Kendig, James W. (March 2007). "Postmature Infant". *The Merck Manuals Online Medical Library*. Retrieved 2008-10-06.
5. Sandra D. Dayaratna, *Obstetric Evidence Based Guidelines, Second Edition*, March 2012.
6. "Postmaturity". Morgan Stanley Children's Hospital of New York-Presbyterian. Retrieved 2008-11-13.

PROGNOZAREA EVOLUȚIEI BOLII INFLAMATORII PELVINE ACUTE

Cătălin Cauș – asist. univ.,

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

(șef catedră: dr. hab., prof. univ. Olga Cernetchi)

causcatalin@yahoo.fr

Rezumat

Termenul „boală inflamatorie pelvină (BIP)” este considerat un termen modern ce definește infecțiile genitale superioare, înlocuind vechile denumiri ale acestor afecțiuni genitale (anexită, metroanexită, parametrită, salpingită, salpingo-ovarită, piosalpinx etc.). Scopurile lucrării prevăd aprecierea gravității BIP și prognozarea evoluției bolii. Conduita medicală a pacientelor cu BIPA și evoluția bolii sunt determinate de adresarea timpurie, stabilirea diagnosticului prin evaluarea gradului de gravitate a bolii, localizare și răspândire a procesului.

Cuvinte-cheie: boala inflamatorie pelvină (BIP), infertilitate, ecografie

Summary: Forecasting the evolution of acute pelvic inflammatory disease

Pelvic inflammatory disease (PID) is usually the result of infection ascending from the endocervix causing endometritis, salpingitis, parametritis, oophoritis, tuboovarian abscess and/or pelvic peritonitis. PID can be cured if the initial infection is treated immediately. If infection is not recognized, as frequently happens, the process of tissue destruction and scarring that results from inflammation of the tubes results in irreversible changes in the tube structure

that cannot be restored to normal. Subsequent bouts of PID increase a woman's risks many fold. Thirty to forty percent of cases of female infertility are due to acute salpingitis.

Key words: Pelvic inflammatory disease (PID), ultrasound, infertility

Резюме: Прогнозирование эволюций острой формы воспалительных заболеваний органов малого таза

К воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ) относятся воспаление матки, её труб, яичников, параметрия и тазовой брюшины. Изолированное воспаление этих образований в клинической практике встречается крайне редко из-за их анатомического соседства и функционального единства. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) характеризуются различными проявлениями в зависимости от уровня поражения и силы воспалительной реакции. Ультразвуковой метод не является достаточно информативным. Поэтому диагностика острых воспалительных заболеваний придатков матки в первую очередь основывается на клинических данных и данных гинекологического осмотра.

Ключевые слова: Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодие, ультразвук

Actualitatea temei

Boala inflamatorie pelvină, după frecvență, se situează pe primul loc în structura patologiei ginecologice, reprezentând 60-65% din cazuri din numărul total de adresări la medicii ginecologi. Termenul „boală inflamatorie pelvină” este considerat un termen modern ce definește infecțiile genitale superioare, înlocuind vechile denumiri diferite ale acestor afecțiuni genitale (anexită, metroanexită, parametrită, salpingită, salpingo-ovarită, piosalpinx etc.). În realitate, mai mult de jumătate, dacă nu chiar 75% dintre femei, prezintă cel puțin un tip de infecție genitală de-a lungul vieții. Conduita medicală a pacientelor cu BIPA și evoluția bolii sunt determinate de adresarea timpurie, stabilirea diagnosticului prin evaluarea gradului de gravitate a bolii, localizare și răspândire a procesului. Scopul tratamentului este lichidarea maladiei, profilaxia complicațiilor imediate și tardive a recidivelor. Important este de a pune corect și la timp diagnosticul și de a stabili localizarea procesului.

Material și metode

Scopul lucrării este aprecierea gravității BIP și prognozarea evoluției bolii. Studiul prospectiv a fost efectuat pe perioada de timp cuprinsă între anii 2010-2011, cercetarea actuală reprezintă un studiu clinic randomizat simplu-orb. Pacientele au fost divizate în două loturi: control (lot I) și de cercetare (lot II), repartizate în raport de 1:1, câte 117 ginecopate cu boală inflamatorie pelvină acută per grup. Am evaluat pacientele după trei parametri: clinice, de laborator, paraclinic pentru a stabili gradul de gravitate a bolii. Unul dintre obiectivele cercetării actuale se referă la prognozarea gravității bolii și la evoluția stării pacientului prin monitorizarea cu teste de laborator. Pacientele din lotul I erau monitorizate prin 2 markeri inflamatori – examenul cantitativ al leucocitelor și proteinei C reactive. La pacientele din lotul II au fost cercetați 3 markeri inflamatori, unde s-a adăugat și testul semicantitativ la procalcitonină. Probele de sânge erau colectate la 24 de ore, pentru a fi comparate

cu cele de la internare și evaluată importanța lor clinică în aprecierea gravității BIPA, prognozarea evoluției bolii și impactul asupra conduitei medico-chirurgicale.

Rezultate

Evaluând gradul de gravitate la internare a pacientelor din lotul I, cu gravitate ușoară a maladiei au fost 51 ($43,59 \pm 4,58\%$) de cazuri, cu forme medii – 46 ($39,32 \pm 4,52\%$) de cazuri, cu forme grave – 20 ($17,10 \pm 3,40\%$) de cazuri. În lotul II paciente cu BIPA formă ușoară de gravitate au fost 49 ($41,88 \pm 4,56\%$) de cazuri ($p > 0,05$), cu forme medii – 38 ($32,47 \pm 4,33\%$) de cazuri, cu forme grave – 30 ($25,64 \pm 4,04\%$) de cazuri ($p > 0,05$).

Astfel, conform rezultatelor studiului nostru s-a observat că creșterea leucocitelor permanentă până la 72 de ore în 32 ($27,35 \pm 4,12\%$) din cazuri din lotul de control și 28 ($23,93 \pm 3,94\%$) din cazuri din lotul de cercetare ($p > 0,05$) – indică o evoluție nefavorabilă a bolii, unde procesul inflamator care s-a generalizat cu o rată de 11 ($9,40 \pm 2,69\%$) cazuri și 9 ($7,69 \pm 2,45\%$) cazuri, s-a complicat cu forme grave de BIPA ($p > 0,05$). Nemodificarea valorilor leucocitelor timp de 96 de ore, a constituit un alt indicator de prognostic nefavorabil cu rata de 21 ($21,36 \pm 3,79\%$) cazuri în lotul I și de 19 ($13,67 \pm 3,18\%$) de cazuri în lotul II ($p > 0,05$). Scăderea leucocitelor la 72 de ore în lotul I în 39 ($33,33 \pm 4,36\%$) de cazuri, versus lotul II – în 50 ($42,74 \pm 4,57\%$) de cazuri a fost observată în formele ușoare sau cu prognostic favorabil ($p > 0,05$), pe când în prognosticul incert valorile se modificau nesemnificativ la 96 de ore cu o rată de 22 ($18,80 \pm 3,61\%$) de cazuri în lotul I, versus 29 ($24,79 \pm 3,99\%$) de cazuri în lotul II ($p > 0,05$).

Creșterea valorilor proteinei C reactive de 2 ori la 48 de ore, comparativ cu valoarea de la internare, cu menținerea acestor valori până la 4 zile, s-a determinat în formele medii de BIPA la 43 ($36,75 \pm 4,46\%$) cazuri în lotul de control (I) și 32 ($27,35 \pm 4,12\%$) de cazuri în lotul de cercetare (II). Scăderea nivelului de

PCR la 48 de ore sau cu menținerea timp de 2 zile a valorilor identice ca la internare în 36 ($30,77 \pm 4,27\%$) de cazuri în lotul I și la 48 ($35,89 \pm 4,43\%$) de cazuri în lotul II s-a observat în formele ușoare. Contrar se întâmplă în formele grave, unde PCR creștea mai mult de 3 ori la 48 de ore de la valoarea inițială, menținându-se mai mult de 2 zile, ceea ce s-a observat în lotul I la 21 ($17,95 \pm 3,55\%$) de cazuri, versus în lotul de cercetare la 14 ($11,97 \pm 3,00\%$) cazuri ($p > 0,05$).

La pacientele cu prognosticul bolii favorabil numărul leucocitelor a scăzut în primele 72 de ore în lotul de control la 39 ($33,33 \pm 4,36\%$) de cazuri, în lotul de cercetare – la 50 ($42,74 \pm 4,57\%$) de cazuri ($p > 0,05$), iar PCR a scăzut la 48 de ore în lotul I la 36 ($30,77 \pm 4,27\%$) de paciente, versus 48 ($41,03 \pm 4,55\%$) de paciente în lotul II ($p > 0,05$). Prin tre pacientele cu prognostic incert nivelul leucocitelor comparat cu cel de la internare s-a menținut timp de 5 zile la 24 ($20,51 \pm 3,73\%$) de cazuri în lotul de control și la 10 ($8,55 \pm 2,59\%$) de cazuri în lotul de cercetare ($p < 0,01$), iar PCR s-a menținut până la 4 zile fără a prezenta oscilații la 17 ($14,53 \pm 3,26\%$) paciente din lotul I și la 23 ($19,66 \pm 3,67\%$) de paciente în lotul II ($p > 0,05$). În cazurile de prognostic nefavorabil leucocitele au crescut maximal peste 72 de ore comparând cu cele de la internare în lotul I la 32 ($27,35 \pm 4,12\%$) de paciente și în lotul II la 28 ($23,93 \pm 3,94\%$) de paciente ($p > 0,05$), iar PCR a atins valori maxime peste 48 de ore la 43 ($36,75 \pm 4,46\%$) de paciente în lotul de control și la 32 ($27,35 \pm 4,12\%$) de paciente în lotul de cercetare ($p > 0,05$). PCT (procalcitonina) semicantitativă a avut valori crescute în 107 ($91,46 \pm 2,58\%$) de cazuri din lotul de cercetare, la 45 ($38,46 \pm 4,49\%$) de paciente cu forme medii, unde valorile au variat între $0,5$ - 2 ng/ml, nivelul PCT a fost mai mare de 2 până la 10 ng/ml în formele grave – în 33 ($28,20 \pm 4,16\%$) de cazuri. În 22 ($18,80 \pm 3,61\%$) de cazuri de formă ușoară a BIPA valorile PCT erau până la $0,5$ ng/ml și la 24 de ore nivelul acesteia era identic sau negativ, pe când la 12 ($10,25 \pm 2,80\%$) ginecopate cu formă medie de BIPA valorile PCT s-au menținut identic la 24 de ore ca la internare și au scăzut după 48 de ore ($p > 0,05$). La 9 ($7,69 \pm 2,46\%$) paciente cu forme generalizate de BIPA, care au fost supuse intervențiilor chirurgicale urgente până la 12 ore de la internare, nivelul PCT era maxim. La alte 24 ($20,5 \pm 3,73\%$) de paciente cu forme grave de BIPA s-a observat creșterea PCT la 24 de ore până la 10 ng/ml în 8 ($6,83 \pm 2,33\%$) cazuri, la 16 ($13,67 \pm 3,18\%$) paciente cu prognostic nefavorabil s-a observat nivelul maxim și menținerea continuă până la 96 de ore a PCT. Pe când la pacientele cu prognostic incert valorile maxime de PCT s-au menținut > 48 de ore în 9 ($7,69 \pm 2,46\%$) cazuri ($p > 0,05$). Alegerea metodei de tratament este individuală, principiile

de bază ale intervențiilor chirurgicale sunt: metoda, abordul, volumul operației sunt strict individuale și necesită înlăturarea radicală a focarului de destrucție, maximal atraumatică, sanarea adecvată, drenarea cavității peritoneale și a bazinului mic, tratament medicamentos infuzional corect, cu reabilitarea ulterioară.

Principiile chirurgicale sunt: înlăturarea completă a focarului purulent de destrucție, a unui organ sau complex de organe, sau înlăturarea parțială a organului. Condiția de bază a intervenției chirurgicale este de păstrarea maximală a organului cu reconstrucția acestuia. În ginecologia septică nu întotdeauna este posibil de a păstra funcția reproductivă cu orice preț, deoarece în multe forme purulente de BIP acută modificările ce au survenit în organul afectat ireversibil funcțional și chiar morfologic distrus, pun în pericol viața pacientei.

Intervenții chirurgicale în lotul de control au fost efectuate la 78 ($66,67 \pm 4,36\%$) de paciente, dintre care laparoscopii în 50 ($42,74 \pm 4,57\%$) de cazuri și laparatomii în 28 ($23,94 \pm 3,89\%$) de cazuri. În lotul de cercetare au fost efectuate 63 ($53,85 \pm 4,61\%$) de intervenții ($p > 0,05$), dintre care laparoscopii în 42 ($35,90 \pm 4,43\%$) cazuri și laparatomii în 21 ($17,95 \pm 3,55\%$) de cazuri ($p > 0,05$). Conversie chirurgicală s-a efectuat în lotul I în 7 ($5,99 \pm 2,19\%$) cazuri, în lotul II în 6 ($5,13 \pm 2,04\%$) cazuri ($p > 0,05$). În cercetarea noastră în urma însămânțărilor bacteriologice și a cercetărilor sangvine la MST la pacientele din studiu prospectiv s-a depistat următorul raport între lotul de control și lotul de cercetare: Sifilis 1 ($0,86 \pm 0,86\%$) caz, versus 5 ($4,28 \pm 1,87\%$) cazuri ($p > 0,05$), Gonoree 4 ($3,42 \pm 1,68\%$) cazuri, versus 7 ($5,99 \pm 2,19\%$) cazuri ($p > 0,05$), Chlamydia trachomatis 34 ($29,06 \pm 4,19\%$), versus 26 ($22,23 \pm 3,84\%$) de cazuri ($p > 0,05$). Cu acest scop, toate pacientele au fost examinate imunologic la infecțiile ce pot declanșa cel mai frecvent BIPA. Ca urmare raportul dintre lotul de control și lotul de cercetare a constatat: IgM Chlamydia- 34 ($29,06 \pm 4,19\%$), versus 26 ($22,23 \pm 3,84\%$) de cazuri, IgM Mycoplasma - 6 ($5,13 \pm 2,04\%$), versus 4 ($3,42 \pm 1,68\%$) cazuri ($p > 0,05$); IgM Ureaplasma 5 ($4,28 \pm 0\%$), versus 9 ($7,70 \pm 0\%$) cazuri ($p > 0,05$). În studiul nostru afectarea de tip polimicrobian în lotul de control a fost în $66,67 \pm 4,36\%$, versus $67,52 \pm 4,33\%$ determinat în lotul de cercetare. Evoluția bolii nefavorabilă și factorii etiologici au determinat administrarea de mai multe ATB: în lotul de control în 33 ($28,20 \pm 4,16\%$) de cazuri, versus 26 ($22,22 \pm 3,84\%$) de cazuri lotul de cercetare ($p > 0,05$).

Analizând volumul intervențiilor chirurgicale la pacientele din studiul dat, am constatat că capacitatea de procreere spontană (după tubectomie bilaterală) și-au pierdut-o 43 ($28,21 \pm 4,16\%$) de paciente din lo-

tul I (de control), versus 25 (21,37±3,79%) de paciente din lotul II (de cercetare) ($p>0,05$). Fertilitatea de tip tubar s-a redus cu 50% (după tubectomie unilaterală) la 18 (15,39±3,34%) femei din lotul I, versus 20 (17,10±3,48%) femei în lotul II ($p>0,05$). Fertilitatea de tip ovarian (după ovariectomie unilaterală) la fel s-a redus în 14 (11,97±3,00%) cazuri în lotul I, versus 9 (7,70±2,46%) cazuri în lotul II ($p>0,05$). Au intrat în menopauză forțată cu tratament de substituție hormonală (după ovariectomie bilaterală) 11 (9,41±2,69%) paciente din lotul I și 8 (6,84±2,33%) paciente din lotul II ($p>0,05$). Fertilitate de tip uterin (după histerectomie) a fost abolită la 6 (5,13±2,04%) paciente din lotul I și la 7 (5,99±2,19%) paciente din lotul II ($p>0,05$). Sumând cifrele am constatat că au rămas fără posibilități de procreare proprii 17 (14,53±3,26%) paciente din lotul I și 15 (12,82±3,09%) paciente din lotul II ($p>0,05$).

Discuții

În prezent tabloul clinic al BIP este frust, manifestându-se subacut din cauza modificărilor epidemiologice ale germenilor, ceea ce creează o dilemă de diagnostic. Neinformarea sau lipsa unor acțiuni prompte și corecte din partea pacientelor la apariția

primelor manifestări ale maladiei se soldează cu forme complicate ale bolii.

Concluzii:

1. Prognostizarea evoluției bolii și conduitei medicale în BIPA prin teste de laborator s-a dovedit a fi eficace. În studiul nostru la pacientele cu BIPA unde prognosticul a fost favorabil, s-a observat scăderea PCR la 48 de ore în lotul I (de control) în 30,77% din cazuri, versus 41,02 % din cazuri în lotul II (de cercetare), de asemenea la scăderea cantitativă și continuă a leucocitelor la 72 de ore în 33,33% (lot I) din cazuri, versus în 42,73% (lot II) din cazuri și scăderea la 24 de ore a PCT semicantitativ în 46,15% din cazuri în lot II. Analizând acești trei markeri putem concluziona că la pacientele cu prognostic favorabil și cu o conduită medicală corectă PCT se modifică la 24 de ore, PCR – până la 48 de ore și leucocitele – până la 72 de ore.

2. Multitudinea de teste își pierde valoarea dacă nu avem context clinic. Pentru a lua o decizie în conduită medicală trebuie să se țină cont de metodele de examinare clasice, să implementăm metode noi și să nu uităm de particularitățile individuale ale fiecărei paciente.

SEMNIFICAȚIA REPRODUCTIVĂ A MUCOASEI TROMPEI FALLOPIENE

Olga Cernetchi – dr. hab. în med., prof. univ.,

Calaraș Maxim – doctorand,

USMF “Nicolae Testemițanu”

069283022

Rezumat

Conceperea ființei umane este strict dependentă de funcția tubară. Propulsia gameților și a embrionului se datorează unei interacțiuni complexe între contracțiile musculaturii netede, activității celulelor ciliate și de calitatea secretului tubar. Lucrarea prezintă descrie mecanismele sus-numite, precum și impactul infecțiilor bacteriene asupra fertilității.

Cuvinte-chee: reproducere asistată, fertilitate, infecții bacteriene

Summary: Reproductive significance of the Fallopian tube mucosa

Conception is strictly dependent on tubal function. Propulsion of gametes and embryo is due to a complex interaction between smooth muscle contraction, ciliated cell activity and quality of tubal secretions. This review describes the above-mentioned mechanisms and the impact of bacterial infections on fertility.

Key words: assisted reproduction, fertility, bacterial infections

Резюме: Роль слизистой маточной трубы в репродукции

Зачатие новой жизни напрямую зависит от функциональности маточной трубы. Продвижение как гаметов, так и эмбриона обусловлено сложным взаимодействием гладких мышц, активности реснитчатого эпителия и состава слизи из просвета трубы. Эта статья описывает вышеупомянутые механизмы и воздействие бактериальной инфекции на слизистую маточной трубы и как следствие на фертильность в целом.

Ключевые слова: вспомогательная репродукция, фертильность, бактериальная инфекция

Introducere

O dată cu progresele în domeniul reproducerii asistate, contribuția trompelor falopiene în procesul

reproductiv de succes a fost relativ trecută cu vederea. Deseori trompa uterină este privită ca un simplu conduit cu rol de transport. Însă, în realitate, această